



Вернуть в - Member Services  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017

Бесплатный ФАКС: Тел.: 844-657-7272  
Контактные телефоны — *Medi-Cal*: Тел.: 888-839-9909  
*L.A. Care Covered*: Тел.: 855-270-2327  
*План PASC-SEIU Plan*: Тел.: 844-854-7272  
*Cal MediConnect*: Тел.: 888-522-1298

## ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАЗГЛАШЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Часть I настоящей формы позволяет L.A. Care использовать и передавать вашу Конфиденциальную медицинскую информацию (Protected Health Information, “PHI”). Часть II настоящей формы позволяет вам назвать кого-либо еще, кто может действовать от вашего имени. Пожалуйста, заполните данную форму и отправьте ее по вышеуказанному адресу.

### ЧАСТЬ I:

#### РАЗДЕЛ А: ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

|                                    |       |                  |
|------------------------------------|-------|------------------|
| Имя участника:                     |       |                  |
| Адрес участника:                   |       |                  |
| Город:                             | Штат: | Почтовый индекс: |
| Дата рождения:                     |       |                  |
| Идентификационный номер участника: |       |                  |
| Телефон:                           |       |                  |

## РАЗДЕЛ В: РАЗРЕШЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ РНІ

Заполняя настоящий Раздел В, я тем самым разрешаю L.A. Care и ее филиалам использовать и передавать мою РНІ лицам или учреждениям, указанным ниже. Я понимаю, что разрешение вступает в силу с момента подписания мной настоящей формы и отправки ее.

Имя:

Наименование учреждения (если необходимо):

Адрес:

Город/Штат/Почтовый индекс:

Дата рождения:

Телефон:

## РАЗДЕЛ С: ВИД ИНФОРМАЦИИ

Заполняя настоящий Раздел С, я тем самым сообщаю L.A. Care и ее филиалам, какие виды моей РНІ они могут использовать и передавать лицам или учреждениям, указанным в Разделе В. *(Отметьте все подходящие варианты.)*

Медицинская информация *(напр.: запросы на получение разрешения, документация Отдела по управлению медицинским обслуживанием и др.)*

Информация по претензиям *(напр.: документация по претензиям в аптеку, больницу или поставщику и др.)*

Финансовая информация *(напр.: информация об оплате страховых взносов и др.)*

Информация о регистрации *(напр.: форма регистрации, даты регистрации и др.)*

Результаты теста на ВИЧ

Информация о лечении психиатрических заболеваний

Информация о лечении алкогольной/наркотической зависимости

Другое (пожалуйста, укажите):

### РАЗДЕЛ D: ЦЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Пожалуйста, опишите цель или причину использования или передачи РИИ.

Правовые вопросы

Вопросы страхования

Личное использование

Другое (пожалуйста, укажите):

### РАЗДЕЛ E: СРОК ДЕЙСТВИЯ РАЗРЕШЕНИЯ

Заполняя настоящий Раздел E, я тем самым сообщаю L.A. Care, в течение какого времени можно использовать и передавать мою РИИ третьим лицам.  
(Отметьте один вариант.)

По истечении одного года с сегодняшней даты.

После того, как я прекращу свое участие в плане или мое обслуживание не будет больше покрываться компанией L.A. Care

На сегодняшний день (месяц, день, год):

## РАЗДЕЛ F: ПРАВО ОТОЗВАТЬ

Вы можете отозвать настоящее разрешение в любой момент. Для этого отправьте соответствующее письмо по адресу:

### **Member Services**

L.A. Care Health Plan  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
Бесплатный ФАКС: тел. 1-844-657-7272

Отозвание разрешения не влияет на то, как L.A. Care использовала или передавала вашу РНІ до получения соответствующего письма.

## РАЗДЕЛ G: ОГРАНИЧЕНИЯ

Лица, получившие РНІ от L.A. Care, могут передать ее третьим лицам. В таком случае РНІ больше не является защищенной в соответствии с Правилами обеспечения конфиденциальности, представленными в законе «Об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан» (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

## РАЗДЕЛ H: ПРАВА УЧАСТНИКА

Вы имеете право просмотреть и получить копию вашей РНІ, которая используется или передается согласно настоящему разрешению. Вы можете отозвать настоящее разрешение в любой момент. *(См. Раздел F.)*

Вы можете не заполнять настоящую форму. Отказ заполнить настоящую форму не повлияет на ваше право быть участником L.A. Care, получать льготы или выплаты по вашим претензиям.

Вы имеете право получить копию настоящего разрешения.

### РАЗДЕЛ I: ПОДПИСЬ

**Заполняя настоящий Раздел I, я тем самым разрешаю L.A. Care использовать и передавать те виды моей РНИ, которые указаны в Разделе С, лицам или учреждениям, которые указаны в Разделе В. Я прочитал(а) данную форму и осознаю ее значение.**

Дата:

Подпись участника или личного представителя:

При подписании представителем, укажите, кем приходится данное лицо участнику:

### **ВНИМАНИЕ**

Если вы желаете только предоставить L.A. Care разрешение на использование вашей РНИ и ее передачу лицам и учреждениям, указанным в Разделе В, подпишите Раздел I и отправьте данную форму специалисту по вопросам конфиденциальности L.A. Care по адресу, указанному в верхнем правом углу.

Если Вы также желаете разрешить кому-либо действовать от вашего имени (например, при смене врача или для помощи в подаче жалобы), переходите на следующую страницу.

## ЧАСТЬ II

Часть II позволяет вам назвать кого-либо еще, кто может действовать от вашего имени (например, члена вашей семьи), даже если вы можете действовать самостоятельно. Если вы не желаете чтобы кто-либо действовал от вашего имени, но вы разрешаете нам передавать вашу РИИ этим лицам, просто заполните Часть I и отправьте данную форму по адресу, указанному в верхнем правом углу.

### **РАЗДЕЛ J: РАЗРЕШЕНИЕ ДЕЙСТВОВАТЬ ОТ МОЕГО ИМЕНИ**

Заполняя настоящий Раздел J, я тем самым разрешаю следующему(им) лицу(ам) действовать от моего имени в вопросах, указанных в Разделе K. Я понимаю, что данное назначение вступает в силу с момента подписания мной данной формы и ее отправки.

Имя:

Наименование учреждения (если необходимо):

Адрес:

Город/Штат/Почтовый индекс:

Дата рождения:

Телефон:

Имя:

Наименование учреждения (если необходимо):

Адрес:

Город/Штат/Почтовый индекс:

Дата рождения:

Телефон:

## РАЗДЕЛ К: НАЗНАЧАЕМЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

Заполняя настоящий Раздел К, я тем самым разрешаю лицу(ам), указанным в Разделе J, действовать от моего имени для того, чтобы вносить изменения в:  
(Отметьте все подходящие варианты.)

- Медицинскую информацию (напр.: помочь с запросами на получение разрешения, в управлении медицинским обслуживанием и др.)
- Информацию по претензиям (напр.: помочь при оформлении претензий и др.)
- Финансовую информацию (напр.: изменять мою информацию по оплате страховых взносов и др.)
- Информацию о регистрации (напр.: менять моего поставщика медицинских услуг, медицинскую группу или план медицинского страхования и др.)
- Другое (пожалуйста, укажите):

## РАЗДЕЛ L: СРОК ДЕЙСТВИЯ НАЗНАЧЕНИЯ

Заполняя настоящий Раздел L, я тем самым сообщаю L.A. Care, в течение какого времени лицо(а), указанное(ые) в Разделе J, может(могут) действовать от моего имени. (Отметьте один вариант.)

- Лицо, указанное в Разделе J, не может действовать от моего имени по истечении одного года, начиная с сегодняшнего дня
- Лицо, указанное в Разделе J, не может более действовать от моего имени после того, как я прекращу свое участие в плане или мое обслуживание не будет более покрываться компанией L.A. Care
- Лицо, указанное в Разделе J, не может действовать от моего имени с указанного дня (месяц, день, год):

## РАЗДЕЛ М: ОГРАНИЧЕНИЯ

Заполняя Часть I данной формы, вы разрешаете L.A. Care передавать вашу РНИ. Заполняя Часть II данной формы, вы разрешаете лицу(ам), указанному(ым) в разделе J, действовать от вашего имени. L.A. Care может не спрашивать вашего согласия, разрешая лицу(ам), указанному(ым) в разделе J, действовать от вашего имени.

## РАЗДЕЛ N: ПРАВО ОТОЗВАТЬ

Вы можете отозвать разрешение действовать от вашего имени, выданное лицу(ам), указанному(ым) в Разделе J, в любой момент. Для этого отправьте соответствующее письмо по адресу:

### **Member Services**

L.A. Care Health Plan  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
Бесплатный Факс: тел. 1-844-657-7272

## РАЗДЕЛ O: ПОДПИСЬ

**Подписывая настоящий Раздел O, я тем самым разрешаю лицу(ам), указанному(ым) в разделе J, выполнять от моего имени обязанности, указанные в Разделе K.**

Дата:

Подпись участника или личного представителя:

При подписании представителем, укажите, кем приходится данное лицо участнику: